

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

POUR LE

124

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PETIT RENÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 15 Mars 1897 à COUTERNE (Orne)

ASSURANCES SOCIALES ET CONSULTATIONS PRÉNATALES

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

PETIT RENÉ

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 15 Mars 1897 à COUTERNE (Orne)

ASSURANCES SOCIALES ET CONSULTATIONS PRÉNATALES

Président de Thèse : M. le Professeur COUVELAIRE

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1932

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
N...	Physiologie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
SANNIÉ	Chimie biologique.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.

MM.

LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN ...	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
X... ..	Histologie.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
X... ..	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
VALLERY - RADOT (Pasteur)....	Pathologie médicale
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET.....	Pharmacologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

LEROUX Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.
LAIGNEU-LAVASTINE. . .	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.

MM.

HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
MATHIEU	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . .	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL . . .	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE
Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris.
Maternité Baudelocque.

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommages de notre profond respect.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD
Médecin de l'Hôpital Cochin.

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et qui nous a toujours prodigué
ses conseils affectueux. Témoignage de
profonde reconnaissance et de respec-
tueux dévouement.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS :

Stage :

Monsieur le Professeur agrégé Marcel LABBÉ;
Monsieur le Docteur MICHON.

Externat :

Monsieur le Docteur HALLOPEAU, *in memoriam*.
Monsieur le Professeur agrégé SÉZARY;
Monsieur le Docteur Clovis VINCENT;
Monsieur le Docteur HERSCHER;
Monsieur le Docteur PAPILLON;
Monsieur le Docteur MACÉ.

AUX MIENS

A MES AMIS

ASSURANCES SOCIALES ET CONSULTATIONS PRENATALES

INTRODUCTION

Au moment où la natalité diminue en France et où l'on voit les services publics et privés s'alarmer. encourager la natalité et protéger l'enfance, nous allons examiner les différents moyens mis en œuvre pour atteindre ce but.

1° Les uns sont prophylactiques.

Dans les écoles de jeunes gens et jeunes filles, développement des programmes ayant trait à l'hygiène : hygiène physique, hygiène sociale, touchant les problèmes actuels — alcoolisme, maladies vénériennes, intoxications diverses.

Dans tous les milieux de la société : encouragement aux sports, appel au scoutisme, faisant bénéficier jeunes gens et jeunes filles de la vie au grand air, développant ainsi les qualités physiques et morales de l'individu.

Dans les grands centres, dans les casernes : conférences illustrées de projections cinématographiques, distribution de tracts, de brochures, d'affiches, concernant les maladies vénériennes et leurs conséquences sur l'hérédité.

Ces temps derniers : conférences touchant les grands problèmes sociaux, traités devant le micro par les voix les plus autorisées, et largement diffusées grâce aux stations de radiodiffusion. Propagande en faveur du « certificat prénatal » et proposition de loi présentée au Parlement par M. le Professeur Pinard.

2° Les autres sont directs.

Secours alloués par l'Etat aux femmes en couches. Primes d'allaitement en cas d'allaitement maternel (Loi du 24 oct. 1919). Bons de lait en cas d'allaitement artificiel. Secours aux familles nombreuses, réductions sur les voyages en chemin de fer. Rares aussi sont les administrations qui n'accordent pas une gratification lors de la naissance d'un bébé au foyer d'un de leurs employés.

Affiches faisant connaître les droits de la famille dans la société. Dans les grands centres, c'est la création de maternités secrètes, assurant en cas d'illégitimité la naissance de l'enfant, combattant ainsi l'avortement criminel. Comme corollaire, œuvres de placement des filles-mères avec leurs enfants.

Jusque dans les plus petites agglomérations, création de consultations de nourrissons gratuites ayant lieu une ou deux fois par mois.

En 1919, sous la haute direction de M. le Profes-

seur Couvelaire, et en collaboration avec le Docteur Marcel Pinard, médecin des Hôpitaux, c'est la création d'une consultation prénatale à Baudelocque, intitulée « Dispensaire pour le diagnostic et le traitement des maladies héréditaires », organisme destiné à prévenir et à traiter l'hérédo-syphilis.

Depuis cette époque, création en France, grâce à l'action du service des maladies vénériennes, du ministre de la Santé Publique, de semblables consultations. Elles sont en général annexées aux maternités, assurant ainsi la liaison nécessaire entre le syphiliographe et l'accoucheur.

Enfin, en 1930, création à la Maternité de Baudelocque, par M. le Professeur Couvelaire, d'une consultation prénatale.

L'utilité des consultations prénatales n'est plus à démontrer, mais elles ne touchaient que les grands centres. Aussi, depuis le vote par le Parlement de la loi du 30 avril 1930, relative aux assurances sociales, et plus particulièrement de l'article 9 concernant plus spécialement l'assurance-maternité, le rayon d'action des consultations prénatales peut s'étendre aux femmes assurées et femmes d'assuré social, en état de gestation.

Nous apportons ici un travail relatant l'effort des caisses d'assurances sociales dans cette voie en collaboration avec les médecins dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, l'effort tenté en province, en Champagne, à Romilly-sur-Seine et ses environs, milieu ouvrier et rural très important, où aucun

effort sérieux n'avait été tenté jusqu'à présent pour combattre la morti-natalité infantile, et les résultats obtenus de cette collaboration.

Nous n'apporterons pas de statistiques, qui seraient nécessairement incomplètes, l'application de la loi ne datant que de juillet 1930. L'assurance-maternité est volontiers acceptée des salariés et employés, elle s'adresse la plupart du temps à de jeunes ménages ou à des familles nombreuses et leur permettent ainsi, grâce aux subsides reçus et aux remboursements partiels des frais, de supporter plus facilement la venue de l'enfant au foyer.

ASSURANCES SOCIALES

ET MATERNITE

Aux termes de l'art. 9 de la loi du 30 avril 1930, l'assurance-maternité s'étend du début de la grossesse jusqu'à la fin du sixième mois qui suit l'accouchement. Les dispositions relatives à l'assurance-maternité ont été réglées en outre par une circulaire parue à l'*Officiel* en date du 22 mars 1931, p. 322.

Celle-ci fixe certains points. Il y est dit :

« L'assurance-maternité ne saurait jouer qu'à par-
« tir du moment où l'état de grossesse s'étant affirmé
« par un certain nombre de signes de probabilité.
« peut être médicalement présumé, par conséquent
« au plus tôt après la quatorzième semaine. »

Suivent ensuite certaines considérations concernant l'attribution de prestations en nature et en espèces de l'assurance-maternité et de l'assurance-maladie.

Nous trouvons alors un chapitre ayant trait aux consultations prénatales.

« Les caisses ont la faculté d'organiser des consultations prénatales, soit par leurs propres moyens. « en faisant appel à un ou plusieurs médecins, soit « en s'entendant avec des hôpitaux, des dispensaires « ou des œuvres, qui s'en chargeraient à peu de frais, « dans des conditions comparables à celles qui sont « prévues pour les consultations externes hospitalières.

« Les caisses peuvent également, dans leurs instructions générales relatives à la maternité, prévoir « l'obligation pour les bénéficiaires de l'assurance de « fréquenter ces consultations ou, à défaut, de faire « suivre leur état par un médecin de leur choix. « Lorsque la fréquentation des consultations organisées par la caisse sera obligatoire, elle devra être « entièrement gratuite pour les intéressées. Les consultations prénatales qui seraient demandées par « les bénéficiaires de l'assurance à un praticien de « leur choix, ne sauraient, en principe, motiver un « remboursement, ces consultations étant comprises, « d'après la pratique médicale courante, dans le forfait auquel donnent lieu les frais médicaux d'accouchement. »

Le principe de la consultation prénatale pour les femmes assurées sociales était né; il restait à éviter l'erreur de prendre le mot « consultation prénatale »

dans un sens trop étroit, et de faire de celle-ci une visite de « courtoisie », nous l'appellerons ainsi, faite par la parturiente le mois ou la quinzaine précédant ses couches. Tout se borne alors à un palper rapide et une analyse des urines.

Dans les départements de Seine et Seine-et-Oise il est demandé, à la femme assurée sociale en état de grossesse, de se conformer à un certain nombre de règles, fixées par le règlement de la caisse interdépartementale.

RÈGLEMENT SPÉCIAL DE LA CAISSE INTERDÉPARTEMENTALE POUR L'APPLICATION DE L'ASSURANCE-MATERNITÉ

Conformément à l'art. 9 de la loi et aux art. 47 et suivants du règlement général de la caisse, pour avoir droit au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, l'assurée ou le conjoint assuré doit avoir cotisé 60 jours dans les trois mois ou 240 jours dans les douze mois qui ont précédé la première constatation médicale de la grossesse.

Aux termes de l'art. 19 du règlement de la caisse, cette constatation médicale doit avoir lieu quatre mois avant la date présumée de l'accouchement.

Pour avoir droit aux indemnités journalières l'assurée doit, conformément à l'art. 9, par. 2 de la loi, avoir cotisé 60 jours pendant les trois mois ou 240 jours pendant les douze mois qui ont précédé l'état de grossesse.

Par application de l'art. 9, dernier paragraphe, le Conseil d'administration de la caisse a décidé, en outre, de subordonner le paiement des prestations et allocations de l'assurance-maternité, aux conditions suivantes :

Article premier.

L'assurée ou la femme d'assuré doit transmettre à la caisse son certificat de grossesse dès qu'elle aura connaissance certaine de son état, c'est-à-dire au plus tard quatre mois avant la date présumée de l'accouchement.

Elle doit se soumettre, à cette période de sa grossesse, à un examen gynécologique complet effectué, soit au siège d'une consultation maternelle agréée par la caisse, soit au domicile du médecin qu'elle aura choisi sur une liste qui lui aura été communiquée par la caisse. Ce premier examen devra comporter notamment *une prise de sang*.

Deux autres examens médicaux seront effectués vers les 7^e et 8^e mois de la grossesse par le même praticien ou la même consultation maternelle.

Ces trois examens médicaux sont gratuits pour l'intéressée. Elle pourra en outre se présenter au praticien de son choix (médecin ou sage-femme) pour les consultations ordinaires précédant l'accouchement.

Chacun des trois examens médicaux exigés par le présent règlement donnera lieu, en faveur de la future maman, à l'émission d'une prime de dix francs

qui lui sera remise ou envoyée sur production du certificat d'examen prénatal.

L'absence d'assiduité aux trois consultations prénatales exigées entraîne la suppression des indemnités journalières, à moins toutefois que la mère ne justifie qu'elle a consulté en temps utile auprès de spécialistes qualifiés, auquel cas la caisse pourra maintenir les indemnités journalières, sur décision de la commission médicale.

Les consultations données en dehors des dispensaires ou médecins agréés ne sont pas indemnisées comme il a été expliqué plus haut.

Article II.

L'assurée qui n'observerait pas le repos complet (en dehors des services du ménage) pendant les six semaines qui précèdent et les six semaines qui suivent l'accouchement, se trouve déchue de son droit à l'indemnité.

Pour la période post-accouchement, l'assurée devra adresser à la caisse, pour toucher des avances, à la fin de chaque période de quinze jours après la naissance de l'enfant, une déclaration affirmant la réalité du repos. Cette déclaration sera visée par la visiteuse locale.

Article III.

Chaque maman bénéficiaire des assurances sociales devra, dès la quatrième semaine après la naissance de l'enfant, le présenter régulièrement, c'est-à-

dire chaque quinzaine durant les six premiers mois, chaque mois pour les mois suivants, à la consultation de nourrissons.

La délivrance des primes d'allaitement, des bons de lait prévus par la loi en faveur des assurées, et toutes autres primes qui pourraient être créées, sont subordonnées à la présentation régulière du jeune enfant à la consultation des nourrissons et à l'observation des mesures d'hygiène prescrites dans l'intérêt de la mère et de l'enfant.

Suivent ensuite des considérations sur l'organisation des consultations de nourrissons et leurs modalités administratives, mais tel n'est pas ce qui nous occupe. Nous venons de voir les directives données par le règlement de la caisse, et après les données administratives peu claires et matière à discussion, relatives aux conditions à remplir pour bénéficier des prestations, nous trouvons l'obligation pour les femmes enceintes à se présenter à une consultation prénatale à trois reprises à partir du cinquième mois, la nécessité du repos avant et après les couches, et les consultations de nourrissons obligatoires pour la période à venir.

Le mode de fonctionnement de la consultation prénatale a été défini par une note relative aux dispensaires, et nous y trouvons :

Dès la réception du certificat de grossesse de la femme enceinte, la caisse interdépartementale des assurances sociales de Seine et Seine-et-Oise envoie

à la future maman (assurée ou femme d'assuré) un livret contenant les renseignements et pièces nécessaires pour toucher les prestations et listes de consultations prénatales et de nourrissons à proximité de leur domicile.

La femme enceinte choisira sa consultation maternelle parmi celles agréées par la caisse, s'y présentera avec son livret trois fois pendant le cours de sa grossesse.

1° au début du 5^e mois :

2° au 7^e mois ;

3° au cours du 8^e mois.

La première consultation doit comporter :

1° Un examen clinique fait par un médecin et non par une sage-femme.

2° Une analyse d'urines et, si besoin, un dosage d'albumine.

3° Une prise de sang devra être faite. Le sang prélevé doit être envoyé au laboratoire le jour même de la consultation avec un double bon dont l'un reviendra au dispensaire avec le résultat de l'examen, et l'autre sera envoyé à la caisse. Les tubes seront fournis en quantité suffisante par les soins de la caisse.

4° Le médecin devra fixer la date de la deuxième consultation. On devra pratiquer aux deuxième et troisième consultations un nouvel examen d'urines.

A chaque consultation la femme se présentera munie de son carnet. La consultation devra remplir :

1° Les certificats de consultation correspondants,

en prenant soin de noter que les examens indiqués ont été indiqués, et non leur résultat.

2° Les pages 7, 8, 9.

Les certificats de consultation seront envoyés à la caisse interdépartementale chaque semaine, accompagnés de bordereaux d'envoi.

Ces examens prénataux sont gratuits et à chacune des consultations le dispensaire remettra à l'intéressée une prime de dix francs.

Le dispensaire recevra de la caisse départementale :

Pour les trois prénatales..... 30 fr.

Pour le docteur et frais du dispensaire

10×3 30 fr.

Pour la prise de sang..... 10 fr.

TOTAL..... 70 fr.

Le livret de la future maman ne devra jamais être gardé par le dispensaire.

La caisse interdépartementale fera une avance de 500 francs au dispensaire, et chaque fois qu'il enverra ses bordereaux de paiement accompagnés des certificats d'examen signés par l'assurée, la caisse par un envoi d'argent, rétablira la balance.

Suivent des considérations relatives aux consultations de nourrissons.

Nous voyons apparaître deux moyens excellents pour amener les femmes à consulter au cours de leur grossesse.

1° Une prime de dix francs.

2° Le carnet de la future maman.

En quoi consiste ce livret ?

C'est un livret de 30 pages, à couverture jaune et cartonnée de la dimension 21×13 , du même format que des publications destinées à l'alimentation des nourrissons distribuées par certaines maisons spécialisées dans la vente des produits destinés à leur alimentation.

A la première page une adresse à la future maman, rédigée sous forme de lettre et signée du Conseil d'administration, que nous prenons plaisir à transcrire :

« MADAME,

« Vous attendez un bébé et vous avez la volonté
« qu'il devienne robuste et bien portant. Cependant
« vous ne pouvez ignorer les dangers qui menacent
« l'enfance.

« Ces dangers peuvent et doivent être évités.

« La loi sur les assurances sociales vous permet
« d'acquérir la quiétude morale et de prendre toutes
« les précautions d'hygiène qui assureront à votre
« grossesse un heureux dénouement.

« Pour cela il suffit que vous consentiez à suivre
« les conseils et les soins des praticiens expérimentés
« que nous vous invitons à consulter.

« Le présent livret, qui a pour but de vous faire
« connaître les formalités que vous devez remplir
« pour obtenir le bénéfice de la loi, contient en outre

« quelques conseils inspirés par l'expérience des hy-
« giénistes et des médecins.

« Nous espérons qu'il vous plaira de le feuilleter
« de temps à autre.

« Avec nos vœux, veuillez agréer, Madame, l'assu-
« rance de nos meilleurs sentiments.

« LE CONSEIL D'ADMINISTRATION. »

En 2^e et 3^e pages, sous forme de tableau, un résumé
de ce qu'il faut faire pour toucher les prestations.

En 4^e et 5^e pages des conseils avant l'accouche-
ment, illustrés en marge de dessins originaux.

Les 6^e, 7^e et 8^e pages sont réservées aux observa-
tions recueillies au cours des différentes consultations
prénatales, comprenant pour le premier examen :

Une case pour les antécédents généraux :
Héréditaires, collatéraux, personnels.

Une case pour les antécédents obstétricaux :

Nombre d'accouchements antérieurs	} à terme. } av. terme.
Nombre de morts-nés.	

Nombre de fausses-couches.

Une case pour les observations particulières.

Une case pour l'examen proprement dit — pre-
mier examen :

Urines,

Conformation du bassin.

Pertes blanches.

Pertes sanglantes.

Dates des dernières règles.

Epoque présumée de l'accouchement.

Prise de sang.

Renseignements spéciaux et observations.

Une case pour le deuxième examen (6^e mois) :

Présentation.

Bruits du cœur.

Urines.

Fixation de l'époque à laquelle doit avoir lieu
le troisième examen.

Une case pour le troisième examen :

Présentation et position.

Bruits du cœur.

Urines.

Date probable de l'accouchement.

Renseignements spéciaux et observations.

Viennent ensuite pages 9, 11, 13 les trois feuilles de consultation prénatales détachables, à renvoyer à la caisse.

Page 15 : l'attestation de l'employeur constatant les versements effectués par l'assurée.

Page 17 : le certificat d'accouchement à envoyer à la caisse dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

Page 19 : des conseils pour l'accouchement illustrés par des vignettes tirées de la brochure « Sauvons les mères et les bébés ». Puis des conseils pour l'allaitement au sein, les soins d'hygiène à suivre, un appel à l'allaitement au sein.

Suivent ensuite les feuilles administratives, décomptes, déclaration de repos.

Comme on le voit, le livret contient tout ce que la mère doit savoir pour élever son enfant, et assurer en même temps le remboursement des frais d'accouchement, les prestations en espèces d'indemnité de repos et d'allaitement.

Nous venons de voir comment les caisses du département de Seine et Seine-et-Oise ont compris l'assurance-maternité. Elle est à encourager et devra faire école en province.

Là par contre, étant donné le dispersement de la population, il est difficile de créer des dispensaires de consultations prénatales, suffisamment importants pour atteindre leur but touchant toutes les femmes assurées sociales en état de grossesse. C'est le médecin qui devra dans ces cas devenir le collaborateur des caisses.

L'idée de la prime attribuée à la femme qui se présente à la consultation prénatale est à retenir, ainsi que le carnet de la future maman, qui permet de pratiquer une véritable observation de la femme enceinte et qui réunit en une seule et même brochure toutes les feuilles à remplir et les renseignements utiles à la mère,

Quant au reste, modalités de paiement, examens de laboratoires, toutes ces questions devront être étudiées en collaboration des caisses et des syndicats médicaux départementaux.

Quant à nous, sans bénéficier d'une aussi heureuse et complète organisation que celle de la caisse du département de la Seine et Seine-et-Oise, nous avons d'accord avec les caisses, au cours de plusieurs remplacements, obtenu que les agents régionaux nous adressent obligatoirement et le plus tôt possible, les femmes assurées sociales en état de gestation, pour y être examinées. Les consultations prénatales sont aussi nécessaires à la campagne qu'à la ville, l'éducation y est moins poussée et les moyens de communication plus rapides, tout en facilitant les déplacements et procurant plus de bien-être aux travailleurs des campagnes, ont augmenté de par là même leurs risques de contamination.

Les frais supportés par ces consultations ont été partiellement remboursés par les caisses. C'est la méthode mise en œuvre, les résultats obtenus dans la région de Romilly-sur-Seine, centre usinier important, accompagnée d'observations personnelles, et nos suggestions, que nous voulons maintenant aborder.

EXAMEN OBSTÉTRICAL

Nous sommes loin des ressources médico-chirurgicales des grands centres, aussi pratiquons-nous toujours un examen complet des femmes en état de gestation. Ce n'est pas une fois le travail de l'accouchement commencé que le diagnostic de position, de mensuration du bassin, ou la présence d'une tumeur devra être fait, c'est avant, en se souvenant qu'en obstétrique, autant que dans toutes les autres branches de la médecine, un diagnostic précis est absolument nécessaire pour faciliter et instituer une thérapeutique utile.

Les femmes devront être adressées au médecin, dès les premiers signes de grossesse, et être suivies mois par mois, parfois même de quinze jours en quinze jours.

Cette consultation prénatale comprendra obligatoirement :

- un examen obstétrical (position du ou des fœtus);
- examen du bassin);
- un examen des urines;

un examen de l'appareil cardio-pulmonaire et digestif (prise de la tension artérielle).

Nous ajouterons une prise de sang, mais ce sera l'objet du chapitre suivant.

L'examen de la présentation permettra dans les derniers mois de la gestation de dépister la présentation d'un siège ou d'une épaule et de tenter de la modifier par une version par manœuvres externes, évitant ainsi un accouchement dystocique.

La présence de trois pôles et l'existence de deux centres de battements à l'auscultation fœtale feront porter le diagnostic de grossesse gémellaire. En cas de doute un examen radiologique confirmera ou infirmera ce diagnostic, évitant ainsi les fausses manœuvres à la naissance au moment de la ligature du cordon.

L'examen du bassin osseux notera les malformations du bassin — bassin aplati, généralement rétréci, asymétrique — épines sciatiques saillantes. On notera de même l'inclinaison de l'axe du détroit supérieur et la hauteur de la symphyse.

On trouvera parfois sur le sacrum toute une suite de faux promontoires. On recherchera s'il existe ou non des tumeurs du bassin, susceptibles de s'opposer à la progression fœtale.

Du côté des parties molles on notera la résistance du périnée et la présence de cicatrices, témoins de déchirures anciennes ou d'affections antérieures. L'examen du vagin dénotera parfois la présence de vaginite granuleuse, d'un diaphragme vaginal qu'il

sera bon d'avoir dépisté avant le travail. Cet examen se terminera par le palper mensurateur de M. le Professeur Pinard qui, dans les derniers temps de la grossesse, montrera si la tête couvre ou déborde. Il sera bon en même temps de noter la consistance des muscles de la paroi abdominale, donnant ainsi de précieuses indications sur la façon dont se comportera la période d'expulsion.

OBSERVATION I

M^{me} X..., assurée sociale, âgée de 22 ans, vient consulter sur les conseils de la Caisse. C'est une femme petite, de 1 m. 55 de taille. Elle présente une seconde grossesse.

Premier accouchement à 8 mois et demi, se terminant spontanément par la naissance d'une fille pesant 3.000 gr. Accouchement long, mais normal.

Actuellement elle est enceinte de 7 mois environ. Développement énorme du ventre qui contraste avec sa taille. Pas d'albumine dans ses urines. Tension artérielle normale. Rien à signaler au point de vue pulmonaire et cardiaque.

L'examen du bassin est pratiqué. Bassin généralement rétréci, promontoire facilement accessible, bas, à 9 cm. 1/2 environ. L'obliquité du détroit supérieur est très marquée. La symphyse est de hauteur normale. Nous lui conseillons une césarienne, mais cette femme ne veut pas entendre parler d'hôpital et d'opération et veut accoucher chez elle.

Etant donné que c'est une secundipare, que son premier accouchement s'est terminé spontanément, que l'obliquité du bassin est satisfaisante, on décide d'attendre l'épreuve du travail. Elle est suivie ensuite régulièrement au point de vue obstétrical.

Un autre examen est pratiqué quelque temps avant le début du travail, la tête n'est pas engagée, mais couvre d'une façon satisfaisante. L'enfant paraît gros.

Naturellement rupture prématurée de la poche des eaux. Les bruits du cœur sont nettement perçus en iliaque droite. Le travail est pénible et douloureux, nécessitant à plusieurs reprises une injection sous-cutanée de un centigramme de morphine.

Au troisième jour la température est de 38°5. Le liquide qui s'écoule est légèrement teinté et odorant. Les bruits du cœur sont bons, très modifiés par les contractions utérines. La tête est fixée en transverse non fléchie, avec une énorme bosse séro-sanguine. Il y a chevauchement des sutures et les deux fontanelles sont perceptibles. Il n'y a plus de progression. On décide l'intervention pendant que les bruits du cœur sont encore bons.

Sous anesthésie générale, application de forceps haute en fronto-mastoïdienne, le col se laisse facilement refouler, mais malgré des essais de flexion de la tête, une traction continue, on n'obtient pas de progression. Laisant le forceps en place on pratique une opération de Gigli. Les cuisses sont sérieusement maintenues parallèles. L'application de forceps se termine heureusement, ramenant un garçon étonné, mais facilement ranimé et pesant 3.800 gr. Placenta du poids de 700 gr. Les suites furent normales, malgré une légère élévation de température aux 9^e et 10^e jours.

Cette femme, après une immobilisation de vingt-cinq jours, s'est relevée et ne manifeste que peu de gêne à la marche.

OBSERVATION II

M^{me} X..., assurée sociale, âgée de 25 ans, se présente à la consultation sur les conseils de la Caisse. C'est une secondipare. Son premier enfant est mort-né et macéré

il y a deux ans. Actuellement elle présente une grossesse de six mois environ. Elle se plaint seulement des reins et d'une légère céphalée. Pas d'œdème des membres intérieurs, ni de la région lombaire. L'examen des urines décèle une grosse quantité d'albumine. A l'auscultation du cœur, clangor du 2^e bruit au foyer aortique. Pas de bruit de galop. La tension artérielle au Vaquez est de 20-12. Saignée immédiate. Elle est mise au lit, au régime déchlormé, purgée, et après quatre jours de repos et de traitement la tension est à 15-9. L'albuminurie persiste. Sans attendre le résultat du B.-W., cette femme est mise au traitement mercuriel : cyanure de Hg. intraveineux. Actuellement, après deux mois de traitement, elle ne présente plus d'albumine dans les urines. La tension se maintient à 15-9. Le B.-W. est négatif.

Par ces deux observations, nous pouvons constater que ces femmes ne seraient pas venues consulter si elles n'avaient pas bénéficié de l'assurance-maternité. L'une aurait attendu le dernier moment pour faire appel à la sage-femme ou au médecin. Non prévenu et sans matériel et aides sous la main, ce dernier eût fait une application de forceps haute et ramené un enfant mourant qu'il n'aurait pu ranimer. L'opération de Gigli, simple à exécuter, à condition d'avoir des aides sûrs et prévenus, pratiquée chez une multipare, peut, nous venons de le voir, rendre de précieux services, lorsqu'on exerce loin d'une maternité.

L'autre femme mettait sur le compte de la fatigue les douleurs lombaires et sa céphalée, et aurait attendu des accidents graves pour faire appel au médecin. De plus, elle était accouchée auparavant

d'un enfant mort et macéré, signant ainsi que par son albuminurie massive, une spécificité latente. Un traitement d'urgence a pu être institué et a prévenu des accidents qui auraient pu être mortels en raison de l'isolement de cette malade.

L'analyse des urines permettra, de plus, de dépister les petites poussées de colibacillose, si fréquentes au cours de la grossesse. Un traitement approprié pourra éviter des infections plus graves. Le médecin en profitera pour régler l'hygiène de la femme enceinte si souvent oubliée, combattre la constipation habituelle et prévenir les accouchements prématurés.

Il est trop fréquent, en effet, de voir des femmes souffrir des reins et du ventre pendant plusieurs jours, ne faire appel au médecin ou à la sage-femme qu'en dernier ressort. A leur arrivée l'avortement ou l'accouchement prématuré est en route, l'œuf est perçu au toucher ou ouvert.

L'examen prénatal ne saurait de même se passer d'un examen cardio-pulmonaire.

L'examen cardiaque révélera assez souvent une lésion congénitale du cœur, jusqu'alors bien compensée, mais qui au moment de l'accouchement, pourra amener de gros troubles. Elle pourra faire penser, dans une certaine mesure, à une manifestation d'hérédo-syphilis. Là encore il s'agira pour le médecin de suivre la malade d'assez près pour mener la grossesse à terme et prendre toutes les mesures utiles à la période d'expulsion.

Nous ne parlerons pas des cardiopathes avérées en

période de décompensation. Elles sont rarement enceintes, astreintes à une hygiène rigoureuse. Si elles le deviennent, elles sont les premières à venir consulter.

Quant à l'examen pulmonaire, il aura pour but de dépister les lésions tuberculeuses et de mettre en œuvre les moyens thérapeutiques existants, propres à y remédier.

Nous éliminerons les bacillaires avérées, en cours de traitement, qui, comme les cardiopathes, sont venues consulter dès le premier arrêt des règles, sans contrainte. D'ailleurs, en traitement depuis longtemps, elles ne bénéficient plus des assurances sociales.

L'examen pulmonaire permettra d'éliminer les femmes qui présentent au cours de leur grossesse une asthénie marquée, qui vomissent et maigrissent, et en imposent parfois pour une tuberculose au début. L'examen physique et stéthoscopique du poumon est négatif. En cas de doute on pratiquera un examen radiologique.

Certaines femmes, au contraire, ont présenté dans leurs antécédents une pleurésie, des bronchites à répétition, parfois même une hémoptysie, s'accompagnant d'une légère élévation de température. Cela s'est passé il y a deux, trois ans. L'état général est excellent. Que va faire la grossesse? Parfois tout va bien se passer, d'autres fois, les lésions pulmonaires vont se réveiller, et cette femme devra alors être hospitalisée, ou mieux, dirigée sur une maternité spécialisée.

dont le type est la clinique de Baudelocque pour les femmes enceintes tuberculeuses, dirigée par M. le Professeur Couvelaire, en jonction avec d'éminents phtisiologues.

La grossesse n'a pas amené de troubles, mais lors de l'accouchement, il faudra craindre, surtout dans les formes hémoptiques, un nouveau réveil des lésions. La parturiente devra donc être soumise à un traitement et à une hygiène rigoureuse, et aidée lors de la période d'expulsion. Elle ne devra nourrir dans aucun cas, l'enfant devra être éloigné, vacciné par le B. C. G., autant de questions à régler avant l'accouchement.

OBSERVATION III

M^{me} X..., assurée sociale, âgée de 37 ans, vient à la consultation pour faire remplir son certificat de grossesse et subir un examen prénatal.

C'est une troisième pare. Les deux premiers enfants sont âgés respectivement de 13 et 10 ans, et sont bien portants. Elle présente actuellement une grossesse de cinq mois environ.

Dans ses antécédents, il y a cinq ans, elle a présenté des hémoptysies à répétition; la bacilloscopie pratiquée à cette époque a montré la présence de bacilles de Koch. Aussi lui avait-on alors interdit la maternité. Après deux ans de soins son état s'est amélioré et à l'heure actuelle elle présente un bon état général et ne se plaint de rien.

A l'examen des poumons on note une exagération des vibrations sonores à gauche et en avant. A l'auscultation, retentissement de la toux du même côté, une diminution très marquée de la respiration et quelques frottements. A droite on ne relève rien d'anormal. Sur cet examen

elle est mise à un traitement recalcifiant et à une hygiène rigoureuse. Elle est suivie mois par mois; il ne survient pas de changements appréciables dans son état et lors de son travail, quelques bouffées de chloroforme ont raison des efforts qu'elle est tentée de faire pour pousser. A la dilatation complète, l'anesthésie est poussée, et une application de forceps en gauche antérieure ramène sans effort un garçon du poids de 4.000 gr. Placenta 750 gr. L'enfant est isolé, mis à l'alimentation artificielle et vacciné au B. C. G. Les suites furent normales. Cette femme continue de se bien porter; un examen radiologique pratiqué ces temps-ci a montré un sommet gauche entièrement voilé et un sinus costo-diaphragmatique gauche complètement accolé. A droite, de nombreux ganglions intertrachéobronchiques et de petites lésions parenchymateuses.

Il est probable que si cette femme eût attendu le dernier jour pour s'adresser au médecin ou à la sage-femme, ceux-ci, non prévenus de ses antécédents, l'eussent laissée accoucher seule, après de nombreux efforts d'expulsion, peut-être même aidée par une injection sous-cutanée de lobe postérieur d'hypophyse, risquant de voir apparaître une hémoptysie et un réveil de la tuberculose les jours suivants.

On terminera l'examen par celui du tube digestif. Recherche des antécédents appendiculaires de la future mère, la mettant en garde contre les accidents qu'elle court en gardant un appendice malade. Il y aura lieu de surveiller de même l'état du foie et de la vésicule biliaire, prévenant les accidents possibles de lithiasse au cours de la grossesse et de l'allaitement futur.

DÉPISTAGE DE LA SYPHILIS ET HÉRÉDO-SYPHILIS

Nous venons de voir les résultats des consultations prénatales sur les incidents obstétricaux. Il n'en est plus de même lorsque c'est l'œuf et son contenu qui est atteint par les infections chroniques, au premier rang desquelles il faut mettre la syphilis et l'hérédo-syphilis.

La lutte est organisée dans les grandes villes, dans les grands centres ouvriers, mais il n'existe que bien peu d'efforts dans ce sens à la campagne. Il était de règle ces derniers temps de considérer la campagne comme indemne de syphilis. Mais il faut avouer que depuis la guerre, depuis les moyens de communications rendus plus rapides et le séjour à la ville de nombreux bras tant masculins que féminins, on assiste à l'éclosion de nombreux cas de syphilis actives et d'hérédo-syphilis. Nous n'en voulons prendre comme preuve que la facilité avec laquelle, au cours de différents remplacements, nous avons pu

grouper un certain nombre d'observations typiques et instructives tout à la fois.

Nous avons mis à profit les consultations prénatales chez les femmes assurées sociales pour dépister et traiter les syphilis latentes. A ce moyen de lutte est venu s'en ajouter un autre, la fourniture des médicaments et les examens gratuits mis à la disposition du médecin par la préfecture au moyen d'un bon détaché d'un carnet à souche.

Sur quelles bases établissons-nous le diagnostic de syphilis ?

Lorsque la syphilis acquise évolue sur une femme en état de gestation avec tout son cortège de symptômes habituels et classiques, le diagnostic est en général facile, et en cas de doute la séro-réaction donnera la réponse.

Mais ce qu'il faut se donner la peine de dépister, c'est la syphilis latente qui est grave par ses conséquences sociales, parce que insidieuse et non exubérante. Ce sera donc par une triple enquête qu'elle pourra être mise en évidence.

Enquête portant sur { les procréateurs,
 { leurs ascendants,
 { leurs descendants.

Chez les procréateurs on arrive rarement à obtenir à la campagne des renseignements précis, car s'ils ont présenté des accidents évidents à une certaine époque, ils ne se sont en général pas soignés. Parfois on arrive à suspecter la possibilité d'une syphilis d'après les différents emplois et séjours à la

ville occupés par le mari ou la femme. Et alors, en plus de l'examen obstétrical, dont nous avons parlé au chapitre précédent, on pratiquera une ponction veineuse en vue d'une séro-réaction. Si la condition sociale du ménage ne permet pas de faire l'avance des frais d'examen, ce dernier sera adressé à l'hôpital du centre voisin et pratiqué gratuitement.

Quelle valeur attribuer à la réaction de Wassermann ?

Positive elle gardera une grosse valeur, surtout s'il s'agit de la séro-réaction du mari.

Si négative, comment l'interpréter ?

Nous rentrons alors dans la discussion de la valeur de la réaction de Wassermann chez la femme enceinte, question longuement débattue et qu'il serait trop long d'aborder ici. Quoi qu'il en soit nous écrivons :

L'examen sérologique doit céder le pas sur la clinique. En effet, les réactions de Bordet-Wassermann ont montré chez les femmes syphilitiques enceintes beaucoup plus de cas négatifs que chez les femmes syphilitiques non enceintes — trois pour cent — dans le service de M. le Professeur Couvelaire. C'est pourquoi il sera utile d'adjoindre des réactions plus sensibles, comme celles de Hecht et de Desmoulières, qui pourront avoir un résultat faiblement positif, alors que le Bordet-Wassermann était franchement négatif.

Positive, la réaction est un signe en faveur de la syphilis, mais à l'une des deux conditions suivantes : qu'elle vienne à l'appui d'un ou de plusieurs signes

cliniques (on ne fait pas de diagnostic sur un symptôme) ou qu'isolée, elle soit remarquable par sa ténacité et qu'elle ne trouve pas sa raison d'être dans une affection susceptible de donner une sérologie positive. On l'a signalée dans des infections aiguës (pneumonie, scarlatine, grippe, etc.); en réalité, c'est seulement dans la lèpre, le pian, les trypanosomiasés, que le sérum possède un pouvoir fixateur comparable par son intensité et sa persistance à celui qu'il a dans la syphilis. En tout cas, lorsque les signes cliniques et les antécédents sont nets, il ne faudra pas tenir compte du résultat de la séro-réaction s'il est négatif, pour instituer un traitement. Le seul appoint que donne la recherche systématique de la réaction sérologique, appoint non négligeable d'ailleurs, est de mettre en évidence quelques syphilis latentes dont l'enquête clinique et l'examen de l'œuf au moment de la naissance ne nous permettraient pas de soupçonner l'existence. Quant à nous, nous préférons pécher par excès que par défaut.

On ne se contentera pas d'examiner les procréateurs, l'enquête devra aussi porter sur le passé de leurs parents. Parfois ils sont vivants, l'enquête est facilitée. Bien souvent ils sont disparus, et c'est par les maladies qu'ils ont présentées, les maladies qui les ont emportés qu'on pensera à une atteinte ancienne de spécificité. Parfois, ce sera un tabes, une angine de poitrine ou des crises d'épilepsie chez le grand-père, des fausses-couches répétées chez la

grand'mère, qui feront penser au diagnostic de spécificité.

M. Levy-Solal, dans 17 cas de syphilis de seconde génération (12 d'origine paternelle, 5 d'origine maternelle), relève les résultats suivants :

Avortements	8
Morts et macérés.....	é
Morts-nés	3
Morts en bas-âge....	20
Vivants	11 (dont 5 sont tarés).

Nous voyons l'importance de la recherche de la spécificité chez les grands-parents. A la campagne, il est difficile d'avoir des renseignements précis par manque de soins ou par des diagnostics non établis ou insuffisamment précis.

Tous ces renseignements sont précieux chez le jeune ménage qui n'a pas encore eu d'enfants.

Il n'en est plus de même lorsque l'assurée sociale qui se présente à la consultation est une multipare. Même si les renseignements sur les procréateurs et les ascendants sont imprécis, les renseignements tirés des enfants et des gestations antérieures seront la plupart du temps amplement suffisants pour appuyer un diagnostic. L'enquête est facile, elle portera :

1° sur les gestations antérieures;

2° sur une surveillance étroite de la gestation en cours.

Les gestations antérieures ou actuelles apporteront à l'appui du diagnostic de syphilis latente des

signes que nous distinguerons en signes majeurs et mineurs.

Comme signe majeur, nous trouvons en premier lieu l'hydramnios isolée.

Il y a longtemps que les accoucheurs sont unanimes à attribuer au tréponème cette manifestation clinique. L'observation suivante vient confirmer cette manière de voir.

OBSERVATION IV

M^{me} X..., primipare, assurée sociale, âgée de 19 ans, vient faire constater son état de grossesse au 6^e mois.

Elle présente un ventre énorme, qui en impose pour une grossesse à terme ou une grossesse gemellaire. Il y a un ballotement facilement perçu. Le palper et l'auscultation ne décèlent qu'un fœtus unique. De plus, pas d'antécédents de grossesses gemellaires dans la famille. Le diagnostic d'hydramnios est posé.

Un interrogatoire de la femme et du mari ne permettent pas de trouver un accident initial de spécificité. Une séro réaction est pratiquée chez la femme et le mari. Le Wassermann est positif chez le mari, négatif chez la femme.

Sans attendre le résultat du laboratoire, une série de novar-sénobenzol intra-veineux est commencée, mais au début du huitième mois la femme est prise de douleurs qui ne cèdent pas à la morphine. Les bruits du cœur de l'enfant sont normaux. Le travail se poursuit.

A la dilatation d'une petite paume de main, afin de faciliter l'engagement de la tête, qui reste mobile, et éviter les procidences en cas de rupture brusque de la poche des eaux, on rompt cette dernière par une ponction. Une quantité énorme de liquide est ramenée, qu'on

peut évaluer à trois litres. L'accouchement se termine spontanément par la naissance d'un enfant vivant, présentant du pemphigus palmaire et plantaire du poids de 2.000 gr. Placenta énorme du poids de 750 gr.

Le bébé présente une splénomégalie marquée et un gros foie dur s'accompagnant d'une énorme circulation collatérale. En présence de cet état, on pratique des frictions mercurielles et une injection de sulfarsénol, mais, cinq jours après, hémorragie du cordon. Malgré des injections de sang maternel et une ligature de la veine ombilicale, l'enfant meurt de sa spécificité.

Depuis lors, la femme et son mari sont soumis à un traitement arséno-bismuthique. Malgré nos conseils, la femme est de nouveau enceinte, sa gestation évolue normalement.

Il est en général facile de découvrir l'hydramnios dans les antécédents des femmes. Elle frappe toujours l'entourage.

Comme autres signes majeurs, nous trouvons les accouchements prématurés et les fausses couches spontanées. Si parfois dans ces dernières le tréponème n'est pas toujours en cause, du moins on note un grand nombre de grossesses qui deviennent normales par la suite, après un traitement arsenical.

OBSERVATION V

M^{me} X..., âgée de 32 ans, assurée sociale, ne fait aucune difficulté pour se présenter à la consultation prénatale, car elle désirerait fort avoir un enfant vivant.

Son histoire est typique. Elle avoue qu'étant fille, elle a été abandonnée, mère par la suite d'un enfant qui est mort à la naissance. Actuellement elle est mariée et a présenté trois grossesses antérieures, qui se sont terminées chacune par des fausses couches, l'une à trois mois, l'autre à quatre, la dernière à six mois.

On pratique une séro-réaction qui est positive. Le Wassermann, en raison de la situation un peu particulière où se trouve cette femme, n'a pas été pratiqué chez le mari. La grossesse est de quatre mois. Nous rassurons cette brave femme et lui promettons une grossesse à terme et un enfant vivant. Nous instituons un traitement arsenical et bismuthique. Deux séries de sulfarsénol et une série commencée de iodo-bismuthate de quinine. Au cours du traitement bismuthique, la femme entre en travail à terme, et un garçon du poids de 3.400 gr. naît vivant, dans des conditions normales. Le poids du placenta est de 620 gr. L'enfant est bien constitué, ne présente pas de malformations, la rate est perceptible, mais non hypertrophiée. Il est soumis dès sa naissance à un traitement arseno-mercuriel. Il est élevé au sein et n'a présenté jusqu'à présent aucun trouble digestif, augmentant régulièrement de poids.

Parmi les signes mineurs, nous citerons la présence de l'albumine dans les urines, parfois en quantité massive, l'éclampsie et les grossesses univitel-lines.

Nous rappellerons ici l'observation N° II, citée plus haut, où la présence de l'albuminurie massive, une tension élevée, a coïncidé avec une grossesse antérieure, terminée par la naissance d'un enfant mort et macéré.

Nous citerons aussi comme signe majeur de spécificité l'énurésis chez les procréateurs ou collatéraux.

Voici une autre observation ou un signe mineur. s'associant, il est vrai, à d'autres signes majeurs. aiguille vers une spécificité latente.

OBSERVATION VI

M^{me} X..., âgée de 32 ans, assurée sociale, vient consulter, adressée par la Caisse d'assurance. Elle présente une deuxième grossesse de six mois.

La première grossesse a donné naissance à deux jumeaux garçons âgés actuellement de cinq ans. Ceux-ci présentent un faciès typique d'hérédos. Ils ont été très difficiles à élever, ayant présenté des troubles digestifs, variés, qui n'ont cédé qu'au traitement arsenical. La mère de la femme a eu quatre fausses couches.

La séro-réaction pratiquée chez l'homme et la femme est négative. Malgré ce résultat négatif on commence un traitement arsenical, sulfarsénol, mais ce dernier non suivi régulièrement, est remplacé par des prises de stovarsol par voie buccale et des préparations mercurielles.

L'accouchement, pratiqué par une sage-femme, s'est terminé spontanément et a donné naissance à une fille vivante, présentant néanmoins un gros foie et une grosse rate. Le placenta n'a pas été pesé. L'enfant est élevée au sein, mais un traitement discret est institué, frictions mercurielles et suppositoires au novarsénobenzol.

Jusqu'à présent il n'est pas survenu d'incidents notables et l'enfant augmente régulièrement de poids.

Nous venons d'examiner les incidents des gestations antérieures chez la mère. L'enquête sur le produit de conception sera plus probant encore.

Comme signes majeurs, nous trouvons ici en premier lieu :

l'hypertrophie placentaire ;

l'enfant mort et macéré ;

l'enfant vivant, mais présentant du pemphigus et

du coryza, et de plus. une hypertrophie du foie et de la rate;

l'enfant vivant, mais présentant les jours suivant la naissance, des hémorragies diverses (hémorragie du cordon, mœlena du nouveau-né).

Sur ces signes majeurs on peut affirmer à coup sûr la spécificité.

On a peu de renseignements à la campagne sur l'hypertrophie placentaire. car si l'enfant est parfois pesé à la naissance. le placenta l'est rarement. Seulement il arrive parfois que certaines femmes ont accouché dans des maternités avant de venir habiter la campagne. et ces différents renseignements leur ont été presque toujours communiqués, surtout lorsque le poids du placenta est nettement exagéré par rapport au poids de l'enfant.

OBSERVATION VII

M^{me} X..., âgée de 34 ans, est adressée par la Caisse d'assurance à notre consultation. Elle présente une grossesse de six mois, qui évolue normalement, ni albumine, ni sucre dans les urines, tension normale. C'est la troisième grossesse.

Première grossesse, il y a dix ans, étant fille, accouchement dans une maternité parisienne, hypertrophie placentaire. L'enfant meurt subitement au bout de deux jours. La séro-réaction pratiquée à cette date est positive. Un traitement arsenical est institué, suivi ensuite à la consultation externe. Le Wassermann devient négatif. Là-dessus elle abandonne tout traitement.

Il y a quatre ans, elle se marie et vient habiter la campagne. Deuxième grossesse. L'enfant vient à terme,

présente continuellement des troubles digestifs, et l'on s'aperçoit au bout de trois mois qu'il n'y voit pas. L'oculiste qui l'a examiné conclut à une atrophie du nerf optique et institue un traitement arsenical qui est continué.

C'est un enfant, nous dirons un monstre, présentant un faciès d'hérédotype, une atrésie marquée du crâne, surtout dans la région occipitale. Il est âgé de trois ans, ne prend comme alimentation que des bouillies et du jus de viande, rejetant toute alimentation carnée. Il est incapable de prononcer une parole, sinon des cris gutturaux. De plus, il n'est pas propre et reste constamment étendu sur son lit.

La réaction de Wassermann, négative, n'empêche pas d'instituer d'urgence un traitement sérieux, arsenical intra-veineux, qui arrive à 1 centigr. 1/2 par kgr. Une seule série a pu être pratiquée. Cette femme vient d'accoucher il y a un mois. L'enfant est très bien constitué et est mis au traitement lui aussi : frictions mercurielles et sulfarsénol. L'enfant pèse 3.500 gr. et le placenta est légèrement hypertrophié, pesant 700 gr.

Une autre observation toute récente est très instructive.

OBSERVATION VIII

M^{me} X..., âgée de 35 ans, assurée sociale facultative, dont le mari est contremaître dans une petite usine de bonneterie, vien réclamer son certificat de grossesse et une consultation prénatale.

Elle présente une grossesse de cinq mois environ. Tout est absolument normal. Il s'agit de la cinquième grossesse.

Les deux premières grossesses ont amené la nais-

sance de deux filles, nées chacune avant terme, la première à huit mois, la deuxième à huit mois et demi.

La troisième grossesse a donné naissance à un garçon qui est venu à terme, mais qui a été très difficile à élever, présentant toujours de la diarrhée et des vomissements.

Ensuite une fausse couche de deux mois survenant sans causes apparentes. Puis une grossesse qui a amené la naissance avant terme à huit mois d'un garçon, qu'elle amène avec elle pour le faire examiner par la même occasion.

C'est un garçon âgé de 18 mois; il ne marche pas encore et n'a que 6 dents; il est pâle, amaigri, flasque; il présente lui aussi de la diarrhée et n'a pas d'appétit. Tous les régimes ont été mis en œuvre les uns après les autres, mais aucun n'a donné de résultats; aussi la mère est désespérée.

A l'examen, on note chez l'enfant une paroi abdominale flasque, cireuse. Le foie et la rate sont hypertrophiés, l'estomac est distendu et se dessine sous la paroi. On note la présence de quelques ganglions au niveau de l'aîne et de l'aisselle. Les membres sont frêles et flasques, mais ne présentent pas de déformation du squelette. La fontanelle antérieure est soudée, le front seul est légèrement bombé. Rien à noter au point de vue cardiaque et pulmonaire.

En présence de cette histoire de spécificité latente, toute la famille est examinée. Le père présente un strabisme convergent et n'avoue aucun accident tréponémique. Les trois autres enfants ont tous le même aspect et présentent un front bombé. Chez chacun d'eux on perçoit facilement la rate et de petits ganglions.

Une séro-réaction est pratiquée chez l'homme et la femme, qui montre un résultat négatif.

L'enfant souffreteux est mis au traitement arsenical (sulfarsénol), et à la troisième piqûre les troubles diges-

tifs cessent, l'enfant mange de meilleur appétit et est mis au régime de son âge. Nous n'avons aucune peine à convaincre la femme de la nécessité pour elle d'un traitement arsenical, qui a si bien réussi à son enfant. Un traitement intraveineux est en cours, et nous lui promettons un accouchement à terme et un bébé qui s'élèvera certainement mieux que les premiers.

La grossesse évolue normalement et il est vraisemblable que l'accouchement se passera comme nous l'avons prévu.

A côté des signes majeurs, il existe des signes mineurs qui ont, eux aussi, leur importance.

Parmi eux nous citerons : les troubles digestifs rebelles de l'enfant, quoique élevé au sein. L'observation citée ci-dessus en est l'illustration. La mort subite du nourrisson les premiers jours de la naissance. L'énurésis dans la deuxième enfance.

Tous ces signes sont insuffisants par eux-mêmes pour assurer un diagnostic de certitude, mais nous les voyons se mêler en général à des signes majeurs et ainsi confirmer un diagnostic encore incertain.

Nous venons de voir par ces quelques observations avec quelle fréquence on note la syphilis et l'hérédo-syphilis à la campagne. Nous nous trouvons, il est vrai, dans un centre ouvrier important où n'existe aucune œuvre combattant le péril vénérien qui frappe la descendance avec une régularité quasi-mathématique.

Les assurances sociales, parfois décriées à la campagne, viennent à point pour apporter leur appui et

profiter de l'état de grossesse de la femme pour faire œuvre utile et assurer un produit de conception viable.

Le traitement arsenical a été presque toujours appliqué, soit par la méthode endo-veineuse (novarsénobenzol), soit par la méthode des injections intramusculaires (sulfarsénol). Celles-ci sont plus commodes d'emploi et nécessitent moins de surveillance que les premières. Le médecin a parfois un long rayon médical et son temps est précieux.

Les injections ont été, en général, très bien tolérées. Lorsque le médecin ne pourra pratiquer lui-même les injections arsenicales il recommandera aux malades les préparations solubles de bismuth en injections intra-musculaires qui pourront être pratiquées par des infirmières. A défaut, il recourra au stovarsol, réparsol, arsenicaux pentavalents qui peuvent être pris par voie buccale, mais parfois donnant lieu à des accidents toxiques, ou aux préparations mercurielles sous forme de pilules molles, ou en sirop, mais ces traitements buccaux sont notoirement insuffisants et exposent l'enfant à des accidents méningés les premières années de son existence.

Il faut avouer d'ailleurs que les préparations bismuthiques et mercurielles sont peu facilement applicables à la campagne, étant donné l'état déplorable de la dentition des sujets et les accidents buccaux qui en résultent. Le médecin devra dans ce cas faire œuvre de stomatologiste, ou lorsqu'il sera possible, adresser l'assurée à une consultation dentaire.

A ce propos, nous nous sommes heurtés à des préjugés très tenaces dans l'esprit des femmes enceintes, qui les font hésiter à se faire soigner les dents, préjugés parfois partagés par les dentistes, et il faudra user de beaucoup de persuasion pour démontrer à la patiente et au dentiste qu'il n'y a aucun risque d'avortement à pratiquer des extractions dentaires, et nous dirons avec M. Martinaud (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1931), que les extractions dentaires ne peuvent avoir aucun effet fâcheux sur la grossesse, et qu'elles suppriment les infections locales susceptibles de donner lieu à des accidents septiques généralisés. Enfin l'amélioration de la mastication est un facteur de bien-être et d'entrophie qui n'est pas négligeable. M. Martinaud préfère, en cas d'extractions dentaires, l'anesthésie locale ou régionale à l'anesthésie générale. Il recommande de ne pas introduire d'adrénaline dans la solution injectée en raison de l'action que l'adrénaline semble exercer sur les fibres utérines sans qu'elle ait jamais provoqué l'interruption de la grossesse.

Les traitements sont volontiers acceptés par les malades, ils seront inscrits à l'assurance-maladie. On objectera qu'au bout du sixième mois de traitement, les frais ne seront plus remboursés par les caisses. C'est exact, mais il est souhaitable, et cela est en préparation, que tout traitement n'entraînant pas une interruption de travail pourra être continué plus longtemps et donner lieu au remboursement de la caisse. En tout cas, s'il y a des difficultés avec les

caissés pour le traitement, on aura recours aux bons détachés du carnet à souche, mis à la disposition du médecin par la préfecture, permettant de se procurer les doses de produits nécessaires au traitement spécifique, et cela gratuitement.

Quels ont été les résultats des traitements institués ?

Dans les observations citées le traitement, quoique en général institué tardivement, a été cependant suivi d'heureux résultats, mais les données sont insuffisantes pour en tirer une règle, et nous ferons appel aux statistiques.

Nous emprunterons les statistiques du dispensaire de Baudelocque. M. le Professeur Couvelaire apporte le résultat de trois années d'observations qui donne le résultat suivant :

Femmes traitées avant et pendant la gestation :

enfants vivants = 98 %.

Femmes traitées pendant la gestation :

(2 à 3 séries)

enfants vivants = 92 %.

(1 ou 2 séries)

enfants vivants = 91 %.

(moins d'une série)

enfants vivants = 56 %.

Femmes non traitées :

enfants vivants = 38 %.

Ce tableau est éloquent : alors que les femmes non traitées n'obtiennent que dans 38 % des cas un enfant vivant, les femmes ayant subi une à deux séries de traitement, voient leur chance augmenter de plus du double 91 %. Nous constatons de même qu'une femme à peine traitée, moins d'une série, se trouve dans les mêmes conditions qu'une femme non traitée, aussi pour l'accoucheur, il en est de même que pour le syphiligraphe. « frapper tôt, frapper fort, frapper longtemps et d'une façon suivie ».

Il serait désirable que les femmes se présentent plus tôt à la consultation prénatale. Si nous nous reportons à une statistique de la maternité de la Fondation Cognacq-Jay, nous y voyons ceci. Jusqu'en 1926 les consultations prénatales y étaient irrégulièrement suivies et ne commençaient qu'à partir du cinquième mois de la grossesse. Sur une période de cinq années, nous trouvons une proportion d'enfants mort-nés de 5 %. A partir de 1926 la consultation prénatale fonctionne à partir du premier mois ou deuxième ; ne sont admises à la maternité, en effet, que les femmes qui fréquentent régulièrement la consultation, aussi s'y présentent-elles le plus tôt possible de crainte de ne pas y être admises pour l'accouchement. La consultation est bien organisée et laisse passer relativement peu de syphilis active ou héréditaire. Depuis 1926 jusqu'à 1930 nous trouvons pour cette période de quatre années une moyenne d'enfants morts-nés de à peine 2.5 %. Et pour cette année la proportion est encore moindre :

5 % de morts-nés : consultation au cinquième mois ;

à peine 2,5 % : consultation dès le début de la grossesse.

Dans tous les cas que nous avons rapportés, nous avons systématiquement traité les enfants dès leur naissance, n'attendant pas les incidents de l'alimentation ou les altérations du squelette, toutes les mères n'ayant été traitées que pendant leur gestation.

Dans un rapport présenté à la Conférence Internationale de Défense Sociale contre la Syphilis, à Nancy en mai 1928, M. le Professeur Couvelaire montre que rien que pour la première année la mortalité des enfants nés vivants de mères syphilitiques atteint

62 % enfants non traités de mères non traitées avant et pendant la gestation ;

26 % enfants non traités de mères traitées pendant la gestation ;

5 % enfants systématiquement traités après la naissance, mères traitées avant et pendant la gestation.

De plus, sur 173 enfants nés vivants de mères syphilitiques, traités et suivis jusqu'à l'âge de 5 ans. 26 avaient encore, malgré le traitement (frictions mercurielles, injections sous-cutanées de sulfarsénol). une réaction sérologique positive.

Ces faits sont confirmés par une statistique viennoise de E. Klaften en date du 9 janvier 1931.

Les enfants issus de femmes syphilitiques traitées

uniquement pendant la gestation sont contaminés dans une proportion qui varie de 11,4 à 20,3 %.

Lorsque, par contre, le traitement a eu lieu avant la grossesse et pendant la grossesse, la proportion d'enfants syphilitiques tombe à 0,9 %.

Un enfant issu de mère syphilitique, traitée seulement au cours de sa grossesse, et non traité à sa naissance, meurt la première année de son existence dans une proportion qui varie de 30 à 70 %. La mortalité, par contre, s'abaisse à 15,7 % lorsque l'enfant est mis au traitement dès sa naissance.

CONCLUSIONS

1° L'utilité de la consultation prénatale n'est plus à démontrer. Elle permet dans une large mesure la prophylaxie de nombreuses dystocies et de la syphilis héréditaire.

2° Les assurances sociales, par l'assurance-maternité, permettront d'étendre l'action bienfaisante de la consultation prénatale. Celle-ci, étant obligatoire, touchera non seulement les grands centres, mais toutes les régions, même les plus isolées.

3° Dans leur application il y a deux idées intéressantes et à retenir.

a) Le livret de la future maman.

b) Bénéfice d'une prime à la femme assurée sociale en état de gestation qui se présente à une consultation prénatale.

4° Par contre elles présentent deux imperfections :

La première : Consultation prénatale trop tardive (cinquième mois).

Toute femme toujours bien réglée, qui présente un arrêt de règles, doit être soupçonnée de grossesse

et devra se présenter à l'examen du médecin (premier ou deuxième mois).

a) Pour la mère, le dépistage précoce d'une maladie héréditaire permettrait d'instituer un traitement plus énergique et prolongé et d'autant plus efficace sur le produit de conception.

En cas de non grossesse, ce serait le diagnostic porté d'autres affections médicales méritant d'être traitées.

b) Pour les caisses, ce serait un avantage pécuniaire. Elle mettrait celles-ci à l'abri des fraudes administratives. Elle éviterait chez les parents et les enfants de voir s'établir des troubles organiques chroniques, ne manquant jamais de se greffer sur un organisme touché par le tréponème — affection nécessitant des soins longs et coûteux.

Elle permettrait ainsi de réaliser sur les fonds de risque maternité les réserves nécessaires pour constituer des œuvres de prévention, qui sauront mieux que les prestations elles-mêmes, sauvegarder la santé de la mère et de l'enfant. Œuvres de prévention exigeant des assurées des visites médicales périodiques, régulièrement suivies, permettant ainsi de faire œuvre prophylactique, de dépister bien avant la conception, les maladies héréditaires et de les traiter efficacement.

La deuxième : Un traitement suivi plus de six mois, alors qu'il n'y a pas arrêt du travail, ne doit pas entraîner la forclusion de l'assurée sociale.

5° Pour le médecin, ce sera l'occasion de contri-

buer à une œuvre sociale de haute importance : la protection de la maternité et de l'enfance — permettant à la famille de donner naissance et d'élever des enfants normaux et sains, qui sont sa seule raison d'être. « Un sourire d'enfant sèche bien des larmes ». écrivons-nous, c'est aussi l'inscription que nous trouvons sur la couverture du livret de la future maman, distribué aux femmes en état de gestation, bénéficiaires de l'assurance-maternité.

Vu : *Le Doyen*,
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président de Thèse*
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Th. ASCHMAN. — Prenatal case of syphilitic pregnant women. (*Y. Missouri M. A.*, sept. 1926.)
- BABINSKI et BARRÉ. — Contribution à l'étude de la syphilis familiale. (*Méd. des Hôpitaux*, 20 mai 1920.)
- BALARD. — La surveillance prénatale. (*La Puériculture*, janvier 1930, p. 2.)
- BAR et DAUNAY. — Recherches sur le séro-diagnostic de la syphilis chez la femme enceinte et l'enfant nouveau-né. (*L'Obstétrique*, 1909.)
- Remarques sur les résultats obtenus avec le B.-W. chez la femme enceinte en état de syphilis floride. (*Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, avril 1912.)
- BARHY. — Consultations prénatales de Thuin (Hainaut). *Rapport du 31 décembre 1925. Œuvres nat. de l'enfance*, décembre 1926, p. 155.)
- BARKY G. — Les consultations prénatales et la syphilis. (*Croix-Rouge de Belgique*, juin 1924.)
- BELDING. — Réaction de Wassermann dans le sang des femmes enceintes. (*American Journal of Syphilis*, janvier 1925.)
- La recherche de la syphilis dans les cliniques prénatales. (*Amer. Journal of Obst.*, n° 2, février 1925.)

- BENOIST. --- Une consultation de prophylaxie prénatale. (*Thèse, Paris, 1927.*)
- BERGERON. --- Syphilis. Wassermann et mariage. (*Presse Médicale, 26 avril 1922.*)
- BERTIN E. --- Syphilis latente et grossesse. (*Presse Médicale, 3 mars 1926.*)
- Prof. BRINDEAU. --- *Académie de Médecine, 20 mars 1923.*
B.-W. chez la femme enceinte.
- BOAS et GAMMELTOBT. --- B.-W. au moment de l'accouchement. (*Arch. of Gynecol., p. CXXVIII, n° 3, 1926.*)
- BORY. --- Syphilis conceptionnelle et B.-W. (*Soc. de Méd. de Paris, 25 avril 1925.*)
- BROUHA. --- Du rôle et du fonctionnement des consultations prénatales. (*Liège Méd., 15 nov. 1925, p. 685.*)
- CHAPPAZ. --- Etude de sérologie. (*Gyn. et Obst., tome XV, n° 1.*)
- Prof. COUVELAIRE. --- Création d'un dispensaire anti-syphilitique à la Maternité Baudelocque. (*Presse Médicale, 4 juin 1921, n° 45.*)
- Organisation prophylactique de l'hérédosyphilis dans les Maternités de Paris, nov. 1922. (*Revue d'Hygiène et de Police sanitaire, t. XLIV, n° 12, p. 1095.*)
- Du rôle des consultations prénatales dans la lutte contre la mortalité infantile. (*Mouvement Sanitaire, 30 juin 1926, p. 343.*)
- Essais d'organisation de la prophylaxie de la syphilis congénitale. *Rapport présenté à la Conférence internationale de Défense sociale contre la Syphilis, Nancy, mai 1928* (Berger-Levrault).
- DAUNAY. --- B.-W. à la clinique Tarnier depuis novembre 1908. (*Soc. Obst. de France, t. XIV.*)
- Sept années de consultations de nourrissons et cinq années de consultations prénatales au Dispensaire de Saint-Ouen, et année 1930. (Consultations départe-

- mentales de l'A. P., service des enfants secourus). (*Archives de Médecine d'enfant*, août 1931.)
- DEVRAIGNE. — Comité National de l'Enfance. Les consultations de femmes enceintes au Comité National de l'Enfance. (*Rapp. Paris*, Masson et C^{te}.)
- DAVEO. — Consultations de la prophylaxie prénatale. Le traitement de la syphilis à la clinique obstétricale de Marseille. (*Thèse 1928-1929*, Montpellier.)
- FONTAINE. — B.-W. Cordon, mère et enfant. (*Thèse de Paris*, 1929.)
- FOLOMANN. — L'hygiène prénatale et les problèmes de la santé de la mère et de l'enfant. (*The British Journal of Children's diseases*, oct.-déc. 1922.)
- FREUDENBERG. — Valeur diagnostic du B.-W. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 16 octobre 1916.)
- GANGOUX et FOULQUIER. — Observations sur le B.-W. en obstétrique. (*Revue française de Gynécologie et Obstétrique*, novembre 1922.)
- J. C. GEBHART. — Syph. A prenatal problem. (*J. Social Hygiène*, avril 1924.)
- GOUGEROT. — Paradoxes et imperfections du B.-W. (*Journal des Praticiens*, 29 nov. 1924.)
- HENROTAY et VAN NUFFLEN. — Statistiques de la consultation antisypilitique de la Maternité d'Anvers. (*Scalpel*, 13 décembre 1924.)
- HERMANNET, KLANDER. — Transmission prénatale de la syphilis. (*Amer. Jour. Med. Science*, mai 1920.)
- KLAFTEN E. — Die prophylaxie der Kongenitalen Syphilis. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXIV, n° 2, 9 janvier 1931.)
- KING. — Syphilis et gestation. (*New Orleans Med. and Surg. Jour.*, mai 1924.)
- KLEE. — Syphilis et grossesse. (*Monatschrift für Geburtshilfe und Gynekologie*, Vol. LXV, cahier 5, 1924.)
- KOHN-GALLET. — La consultation prénatale doit être faite

- par un médecin. (*Rev. Méd. granr.*, n° 4, avril 1931.)
- LAFFONT et MILE. — B.-W. chez la femme enceinte. (*Gynécologie et Obstétrique*, tome XVII, n° 4.)
- LAHEAUME. — Les consultations prénatales. (*Revue de l'enfance*, mai 1929.)
- LA RAYE R. et LAMALLE. — La consultation des femmes enceintes syphilitiques et leurs nourrissons au Dispensaire de prophylaxie de Liège. (*Bruxelles, Office de publicité*, 1923.)
- LASSEUR et VERMELIN. — B.-W. chez la femme enceinte et récemment accouchée. (*Gynécologie et Obstétrique*, p. VII, n° 2.)
- LEMAIRE et LEVY. — Réaction de B.-W. (*Paris Médical*, 10 janvier 1925.)
- LENNEDDE. — Diagnostic de la syphilis héréditaire. (*Pr. Méd.*, 4 avril 1923.)
- LEPLAT J.-D..U. — Le rôle de la consultation prénatale dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (*Thèse de Lille*, 1925.)
- MARSHALL. — Prenatal syphilis. (*Journal of the Amer. med. Ass.*, 8 sept. 1928.)
- Prof. NICOLAS et J. GATÉ. — La sérologie a-t-elle transformé le problème du traitement et du pronostic de la syphilis. (*Monde Médical*, 1^{er} septembre 1929.)
- PAUTRIER. — Syphilis et grossesse. (*Monde Médical*, 1923, p. 153.)
- POIRIER. — Wassermann et grossesse. (*Bruxelles Médical*, 1^{er} février 1925.)
- PINARD M. — Dépistage de la syphilis au début de la gestation. (*Paris Médical*, 3 mars 1923.)
- Diagnostic et traitement de la syphilis pendant la gestation. (*Clinique et Laboratoire*, 20 janvier 1931.)
- SAUPHAR. — La syphilis larvée dans les consultations prénatales. (*La Médecine*, avril 1928.)
- SCHUMANN. — Rapports de la syphilis et de la gestation.

(*Amer. Journal of Obst. et Gynecolog.*, Vol. VIII, n° 3, septembre 1924.)

SABINE REKIS. — La valeur de la réaction sérologique de la syphilis au cours de la gestation et de la puerpéralité. (*Thèse Paris*, 1930.)

SÉZARY. — La valeur de la réaction de Bordet-Wassermann. (*Clinique et Laboratoire*, 20 décembre 1923.)

TEISSIER. — *Syphilis héréditaire du nourrisson*.

B. TRILLAT et J. ROUSSEL. — Réaction sérologique chez la femme enceinte. (*Gynécologie et Obstétrique*, p. XVII, n° 4.)

URECH E. — Contributions à l'étude des rapports de la syphilis et de la puerpéralité. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 4, 1924.)

VIGNES. — La réaction de Wassermann en pratique obstétricale. (*Sciences Médicales*, n° 17, janvier 1914.)

VIGNES et JEAN. — *L'Année obstétricale* (4^e série, Paris, 1925).

V. J. WILL et J. M. SHAW. — Prenatal treatment of syphilis, with especial reference to early syphilis in mother. (*J. A. M. A.*, déc. 1930.)

Organisation des consultations de femmes enceintes.
Comité National de l'Enfance, janvier 1925.
